SUR LA

GUÉRISON DU CANCER;

CAUSTIQUES ET OPÉRATIONS SANGLANTES.

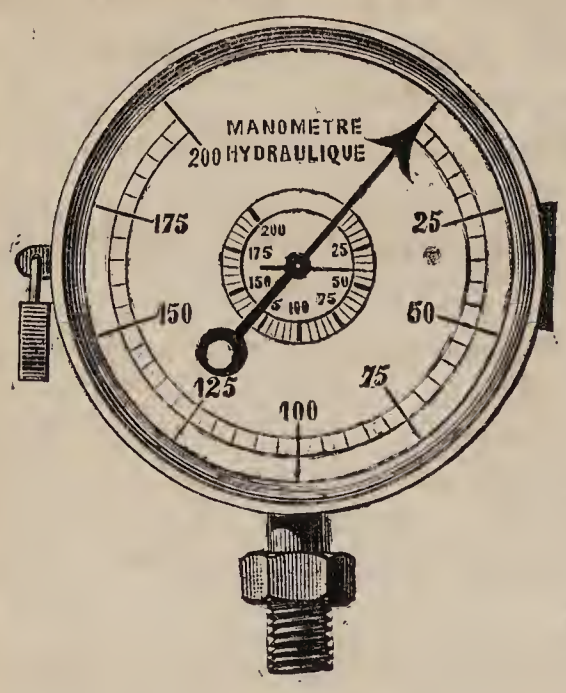
DISCOURS

prononcé à la Société royale des Sciences médicales et naturelles de Bruxelles, dans sa Séance du 3 février 1868,

Par M. le Docteur BOUGARD, Vice-Président de la Société.

BRUXELLES.
LIBRAIRIE DE HENRI MANCEAUX,
IMPRIMEUR DE L'ACADÉMIE ROYALE DE MÉDECINE DE BELGIQUE,
20, Rue de l'Étuve, 20.

1868



Envoi franco du catalogue sur demande.

CARTON D'AMIANTE

POUR

Joints de Vapeur

ET POUR

JOINTS HYDRAULIQUES

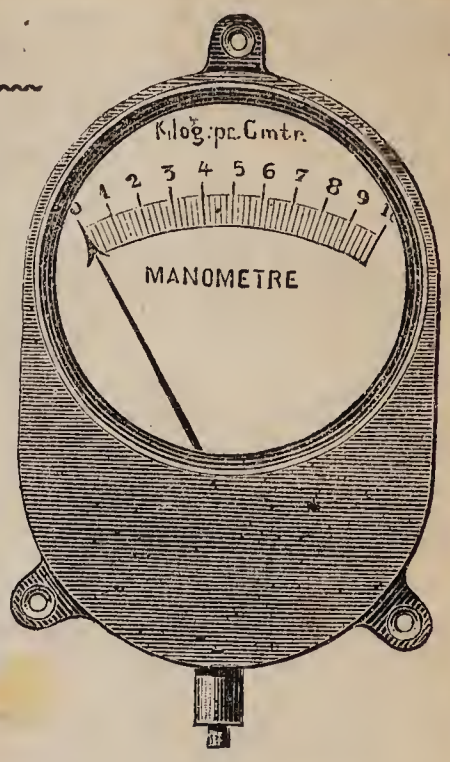
CORDE, FIBRE

AMIANTE

pour Presse-Etoupes

Toile d'Amiante

MASTIC D'AMIANTE



CHARLES WOLFF

PARIS – 117, boul. Richard-Lenoir, 117 – PARIS

CONSTRUCTEUR D'APPAREILS & ACCESSOIRES POUR CHAUDIÈRES

Chauffage et Machines à vapeur

Manomètres à vapeur directe.
Manomètres système Bourdon.
Manomètres à tube d'acier pour haute pression jusqu'à 2,000 atmosphères.
Compteurs de tours.
Contrôleurs de rondes.
Robinets à soupape.
Clapets de retenue.
Niveaux d'eau.
Sifflets d'alarme.
Graisseurs de tous systèmes.
Nouveau **Godet** graisseur pour poulies folles, graissant par la force centrifuge.
Retours d'eau à robinet.
Robinets automatiques.
Robinets à clapet.
Thermomètres à mercure.
Thermomètres à graphite.
Pyromètres à graphite.
Indicateurs du vide et de la température.
Détendeurs de vapeur de divers systèmes.
Injecteurs aspirants ou non.
Régulateurs Steinle sur arbre ou monté sur double soupape équilibrée.
Soupapes de sûreté.
Pulsomètre perfectionné.
Elévateurs de liquides.
Aspirateurs d'air.
Ventilateurs sans bruit, à coussinets réajustables, syst. Schiele.
Nouveau **Ventilateur**, syst. Brodnitz.
Robinets pour eau et gaz.

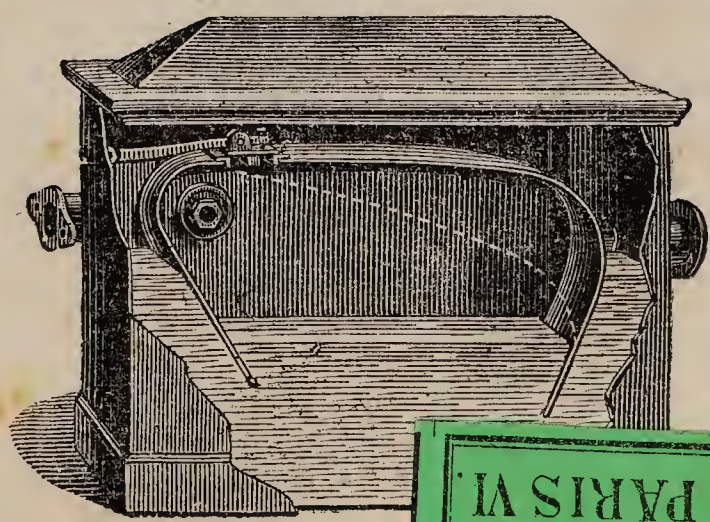
NOUVEAU PURGEUR
syst. Royle
breveté s. g. d. g.

Purgeur automatique
à dilatation

PURGEUR
système Reuther
br. s. g. d. g.

Béliers hydrauliques

ROBINETS VANNES
pour eau et gaz



NOUVEL INJECTEUR
syst. Hamer
Metcalfe et Davies
brev. s. g. d. g.

Pompes pour épreuves
de chaudières
et conduites

POMPES
alimentaires

POMPES ROTATIVES

Bouches d'incendie

ord

LIBRAIRIE
JACQUES LECHEVALIER
23, Rue Racine, PARIS VI

SUR LA

GUÉRISON DU CANCER;

CAUSTIQUES ET OPÉRATIONS SANGLANTES.

DISCOURS

prononcé à la Société royale des Sciences médicales et naturelles de Bruxelles, dans sa Séance du 3 février 1868,

Par M. le Docteur BOUGARD, Vice-Président de la Société.

BRUXELLES.
LIBRAIRIE DE HENRI MANCEAUX,
IMPRIMEUR DE L'ACADÉMIE ROYALE DE MÉDECINE DE BELGIQUE,
20, Rue de l'Étuve, 20.

1868

Digitized by the Internet Archive
in 2018 with funding from
Wellcome Library

https://archive.org/details/b30568754

SUR LA GUÉRISON DU CANCER;

CAUSTIQUES ET OPÉRATIONS SANGLANTES.

Discours prononcé à la Société royale des Sciences médicales et naturelles de Bruxelles, dans sa Séance du 3 février 1868, par M. le Docteur Bougard, *Vice-Président de la Société.*

Messieurs,

Dans une précédente séance, M. Max nous a lu un rapport sur le premier fascicule des *Leçons de clinique chirurgicale,* professées à l'Hôtel-Dieu de Lyon, par M. le docteur Desgranges. Le rapport de notre honorable collègue contient le paragraphe suivant : « Pour donner à ses élèves quelques notions sur la gravité de l'opération que nécessitent les tumeurs du sein, M. Desgranges leur expose les résultats statistiques généraux de dix ans de pratique chirurgicale à l'Hôtel-Dieu de Lyon. Voici la reproduction de quelques-uns de ces chiffres. On a pratiqué 222 opérations en tout; 153 pour des tumeurs cancéreuses; 69 pour des tumeurs hypertrophiques. Dans les 153 cas de cancers, il y a 109 guérisons, 39 morts, 4 récidives connues, 1 cas douteux. »

Quelques membres de la Société se sont étonnés, avec juste raison, de ce chiffre considérable de guérisons d'une maladie que l'on guérit difficilement d'une manière radicale. Mais M. Desgranges s'est empressé d'en donner l'explication dans une lettre qu'il a adressée à notre collègue, M. Max, où il s'exprime comme suit : « La statistique des amputations du sein est *essentiellement opératoire.* Le mot *guérison* veut dire seulement que les malades se sont bien remises des suites de l'opération et sont sorties en bon état de l'hôpital; mais il ne préjuge en aucune façon la cure radicale, c'est-à-dire l'absence de toute récidive. »

« Le but de cette statistique est donc d'établir simplement *la gravité de l'amputation du sein* dans notre Hôtel-Dieu. »

Ces explications de M. Desgranges sont de nature à satisfaire toutes les exigences.

Vous vous récriez, Messieurs, sur le chiffre des guérisons que présente cette

statistique, et la lettre de M. Desgranges prouve que vous aviez raison, et moi je voudrais me récrier surtout sur le chiffre des décès. 39 décès, conséquences immédiates de l'opération par l'instrument tranchant, c'est-à-dire, plus de 1 décès sur 4 opérées, c'est énorme, je dirai même que c'est désastreux, et une opération qui donne de tels résultats devrait être proscrite à tout jamais, surtout quand on a à sa disposition des moyens beaucoup moins périlleux. Je veux parler des caustiques. C'est à ce point de vue que je me propose de traiter ce sujet.

Il est bien entendu, Messieurs, qu'il n'entre pas dans mes intentions d'adresser un seul mot de reproche ni de blâme soit à M. Desgranges, soit aux chirurgiens de tous les pays qui pratiquent l'extirpation du carcinome par l'instrument tranchant; chacun agit selon sa conscience et ses convictions; sur ce point je ne veux ni discuter, ni récriminer, mais personne ne peut me contester le droit d'examiner les résultats obtenus et d'énoncer ma manière de voir.

Pour ce qui concerne la statistique, je dirai que dans l'état actuel de la science il est excessivement difficile, sinon impossible, de comparer le résultat des opérations faites sur les tumeurs cancéreuses dans leurs différentes périodes : la marche si variable du cancer, l'âge, la constitution, l'idiosyncrasie, l'état de santé, une foule de causes occultes manifestant leur influence, s'opposent péremptoirement à la confection d'une statistique rationnelle.

Ajoutons à ce qui précède que les chirurgiens les plus expérimentés ont établi des principes tellement opposés quant à l'utilité de l'intervention chirurgicale dans le traitement des affections cancéreuses, et d'autre part les savants qui ont consacré leurs veilles à l'étude de ces maladies ont exposé des théories et formé des classifications si différentes, que l'espèce d'anarchie scientique qui en est la conséquence rend toute statistique impossible.

Il en résulte que les statistiques publiées jusqu'à ce jour ne peuvent nullement nous venir en aide, ni nous servir d'enseignement, par la raison qu'on a réuni dans ces tableaux les cas de nature les plus variés.

Pour arriver à un résultat satisfaisant, il faudrait s'entendre et classer ces cas d'après des principes déterminés.

Malheureusement nos connaissances sur la nature intime des processus morbides ne sont pas suffisantes pour pouvoir les prendre pour base d'un système (Billroth).

Permettez-moi, Messieurs, de rapporter ici quelques données établies par M. Billroth pour montrer les difficultés de former une classification satisfaisante : Selon cet auteur, on appelle *tumeurs,* dans le sens clinique, des formations nouvelles qui reconnaissent d'autres causes que la néoplasie inflammatoire, et n'aboutissent pas à une fin typique comme cette dernière (tissu cicatriciel). Mais le tissu cicatriciel, comme tout autre tissu, peut être le siége

de la formation d'une tumeur; la cicatrice cesse alors d'être cicatrice, elle devient malade en se transformant en tumeur. Il n'en est pas moins vrai que, dans ce cas, la tumeur prend son point de départ dans la néoplasie inflammatoire qui a changé de caractère, le processus formateur de la tumeur ayant pris la place du processus inflammatoire, dit l'auteur; mais on est en droit de se demander ce que c'est que ce processus formateur, et par quoi il se distingue du processus inflammatoire? Vous voyez, Messieurs, toute l'imperfection d'une semblable définition.

Continuons : Lorsqu'une partie du corps est anormalement agrandie, cet agrandissement peut être dû à une *augmentation de volume anormale* de chaque élément en lui-même (hypertrophie simple), ou bien à une *formation nouvelle* d'éléments qui se trouvent placés entre les anciens éléments. Dans ce dernier cas, la néoplasie peut être analogue au tissu dans lequel elle se forme (*néoplasie homéoplastique.*—Tumeurs homæomorphes, classif. Franc.). Ou bien elle ne l'est pas (*néoplasie hétéroplastique.* — Tumeurs hétéromorphes). Suivant M. Virchow, la néoplasie homéoplastique se fait, soit par simple scission des éléments existants (une cellule se divise en deux, puis en quatre cellules — néoplasie hyperplastique) — ou bien les éléments cellulaires existants donnent naissance d'abord à de petites cellules rondes, en apparence indifférentes, (comme dans la néoplasie inflammatoire) et celles-ci donnent lieu ensuite à un tissu analogue à celui qui est le siége de la formation nouvelle : *néoplasie homéoplastique.* Les formations nouvelles *hétéroplastiques* débutent toujours par le développement d'un tissu à cellules primitives, c'est-à-dire par des cellules formatrices indifférentes (période de granulation de Virchow), et de celles-ci se forme alors le tissu hétérologue au tissu dans lequel elles se sont développées.

Ce schéma, établi par Virchow, paraît, dit M. Billroth, sous le rapport purement anatomique, parfaitement juste et naturel, mais on se tromperait fort si l'on s'imaginait que tous les cas de néoplasies peuvent rentrer dans ce schéma. Ainsi, où mettrons-nous les néoplasies qui, n'étant formées ni de tissus normaux complétement développés, ni de tissus tout à fait anormaux, consistent en éléments dont la forme définitive n'est pas connue et qui peut-être n'auront pas de forme définitive (cellules formatrices indifférentes, tissu primitif à cellules, tumeurs à granulations). Il en est de même des néoplasies qui sont uniquement composées d'éléments de tissus homogènes et arrivées à leur développement complet : une tumeur formée de tissu conjonctif sera toujours considérée comme homéoplastique, quand elle se rencontre dans le tissu conjonctif, mais on l'appellerait hétéroplastique si on la rencontrait dans le cerveau ou dans le foie, et ainsi de suite. Et que fera-t-on des tumeurs qui proviennent de cellules formatrices indifférentes et qui se transforment en une ou plusieurs espèces de tissus. Où placera-t-on les tumeurs qui renferment les tissus les plus variés, parfaits et

non parfaits? Néanmoins l'auteur reconnait que le schéma anatomique des néoplasies, établi par Virchow, est le meilleur qui se soit produit à notre époque, et il serait difficile de ne pas être de son avis, de ne pas admettre les idées modernes d'homéoplasie et d'hétéroplasie. Il ne reste pas moins constant que ces données mettent en évidence la difficulté extrême d'établir une bonne classification des tumeurs et par suite de dresser une bonne statistique. Mais ces questions soulèvent bien d'autres difficultés, nous ne ferons que les signaler.

Difficultés relatives à l'origine des cellules formatrices indifférentes du tissu cellulaire primitif ou du tissu à granulations dans le sens histologique de Virchow.

Difficultés relatives à la formation des tumeurs. Dans des temps peu éloignés, on admettait généralement que les tumeurs proviennent toujours de sang coagulé ou de lymphe plastique. De nos jours on veut établir que la formation des tumeurs dépend principalement de la végétation des cellules du tissu conjonctif; toutefois on reconnait aussi que cette végétation peut se montrer également dans les globules blancs du sang, surtout du sang extravasé et dans les jeunes cellules épithéliales.

Difficultés relatives à la vie, au développement, aux métamorphoses des tissus qui constituent les tumeurs, qui peuvent être de nature très-variées. Selon M. Billroth, une partie primitivement normale devenant malade, la première nodosité peut s'accroître en elle-même, sans que de nouveaux centres morbides se développent dans le voisinage de ce foyer; ou bien le foyer morbide primitif s'accroît par de nouvelles formations pathologiques à sa périphérie. Dans le premier cas il y a un foyer isolé qui ne s'agrandit qu'au moyen de ses propres cellules; dans le second cas il s'agit d'une extension continue du foyer morbide. La croissance centrale est évidemment beaucoup moins défavorable à l'organe malade que la croissance périphérique. La combinaison des deux espèces de croissance est ce qu'il y a de plus défavorable.

Quant à la vie de la tumeur elle-même, le tissu nouvellement formé est sujet à beaucoup de modifications : il peut s'y développer des inflammations aiguës et chroniques, les tumeurs peuvent s'ulcérer, elles peuvent subir la fonte moléculaire, se gangrener. Il peut arriver que les tumeurs changent de caractère anatomique; ainsi une tumeur à tissu conjonctif devient plus molle à la suite d'une végétation rapide de cellules et d'une vascularisation plus forte, ou bien une tumeur molle devient dure par suite de la disparition des cellules et de la rétraction cicatricielle du tissu conjonctif.

M. Billroth émet l'opinion que le mot tumeur doit signifier une nouvelle formation qui est due à des causes *probablement toujours spécifiques*. Le processus qui produit les tumeurs dans l'organisme est considéré comme étant d'une autre nature que le processus inflammatoire; quelques auteurs admettent même qu'entre les deux il existe un certain antagonisme.

Ces idées sont loin d'être généralement admises. Virchow, entre autres, ne partage pas cette manière de voir. Sans vouloir combattre cette théorie, nous dirons que, dans la généralité des cas, les malades rapportent l'origine de la tumeur à une cause déterminée, ordinairement une violence externe; cette violence ne serait-elle que l'occasion du développement d'emblée d'une néoplasie spécifique, sans processus inflammatoire quelconque ? L'observation clinique me semble peu favorable à la théorie de M. Billroth. Toutefois l'auteur tourne la difficulté en admettant pour les tissus une *irritabilité anormale spécifique*, ainsi que *la spécificité de l'irritation* pour les infections générales et locales. On admettrait volontiers la prédisposition comme élément dans l'étiologie de la tumeur, si l'on pouvait nous dire en quoi consiste cette prédisposition. Virchow et O. Weber ont tout particulièrement insisté sur ce fait qu'une irritation locale venant du dehors joue, en général, un rôle important dans le développement des tumeurs primitives, mais selon Billroth, la raison pour laquelle, dans ces cas, il se déclare des tumeurs et non des inflammations chroniques, doit se trouver dans *la disposition spécifique de ces parties chez certaines individualités.*

Nous ne nous étendrons pas davantage sur ces considérations, nous avons hâte d'arriver aux questions pratiques.

Nous n'adopterons pas de classification ; elles sont nombreuses, chaque auteur a la sienne, mais elles laissent toutes à désirer. C'est que les principes qui ont servi de base à la division des tumeurs sont très-variés, et puisque nous ne savons que peu de chose sur la nature intime de la formation des tumeurs et que le peu que nous en connaissons est insuffisant pour établir un système, le mieux est de s'abstenir. Les anciens avaient divisé les tumeurs en *bénignes* et en *malignes*. Cette distinction paraît très-claire au premier abord, mais l'étude anatomique et clinique n'aboutit pas à un dualisme si simple. Le microscope et le creuset eurent aussi leurs succès et leurs revers : on distingua les tumeurs en infectieuses et non infectieuses, mais bientôt on reconnut qu'il n'existait pas de malignité et de bénignité absolues, de même qu'il fallait encore établir des degrés différents dans l'infection. Exemple : plusieurs fibromes se développent dans la peau : on admet une prédisposition du système malade, prédisposition que les uns regardent comme purement locale, que les autres rapportent à des conditions générales constitutionnelles. Pour les tumeurs infectieuses, il existe des différences considérables. Pour les unes on observe principalement l'infection locale, après l'extirpation, il n'y a qu'une récidive locale (sarcomes) ; pour d'autres l'infection ne va que jusqu'aux ganglions voisins (épithéliums); pour d'autres encore l'infection atteint des organes internes (carcinomes); enfin l'infection peut s'étendre à tout le corps : tumeurs métastatiques (cancer médullaire).

Les tumeurs bénignes comprennent les kystes et cystomes simples; on a

établi des distinctions selon la nature du contenu (séreux, muqueux; colloïdes, méliceris; bouillie graisseuse; épithéliomas enkystés; athérome, cholestéatome, tumeur perlée; kystes dermoïdes (Lebert), kystes sanguins). Les kystes peuvent se combiner avec d'autres formes de tumeurs. Il sont peu sujets à des métamorphoses anatomiques.

A propos de métamorphoses, une question extrêmement importante se présente ici : les sarcomes, les adénomes, les fibromes, les épithéliomes, etc., sont-ils susceptibles de dégénérer et de se transformer en tumeurs carcinomateuses ou infectieuses. Cette question est très-controversée, nous y reviendrons. Vous voyez, Messieurs, combien il est difficile de se mettre d'accord, et sans s'accorder sur les principes, comment établir une bonne statistique.

Le but de notre intervention dans le débat étant de démontrer la supériorité des caustiques sur l'opération sanglante dans le traitement des affections cancéreuses, nous ne présenterons sur ces affections et sur celles avec lesquelles on peut les confondre, que quelques considérations qui se rapportent au traitement.

Les *sarcomes*, les *adénomes* présentent parfois l'aspect des carcinomes. Les myéloplaxes (Robin), à l'état morbide, offrent quelque analogie de forme et de structure avec les épithéliums, il en est de même des myxomes ou myxosarcomes, des gliomes, gliosarcomes (Virchow), des collonema (Muller). Ces tumeurs peuvent donner lieu à des ulcérations soit fongueuses, soit atoniques. Les productions syphilitiques (syphilomes), certaines affections des muqueuses peuvent être confondues avec le sarçome. L'enchondrome, le cysto-enchondrome, la tumeur gélatineuse aréolaire (cancer aréolaire ou cancer gélatineux) présentent parfois une trame anatomique analogue à celle du cancer, mais ils s'en distinguent en ce qu'ils peuvent parcourir toutes leurs périodes sans devenir infectieux.

Chez les jeunes sujets, dit Billroth, les sarcomes se transforment quelquefois rapidement en cancers médullaires et infectent en peu de temps tout l'organisme; tandis que chez les personnes plus âgées, ils peuvent déterminer une infection, d'abord lente et locale, et ensuite peu à peu une infection générale; dans ce dernier cas leur structure se rapproche ordinairement de celle des carcinomes ou leur est complétement identique. Toutefois la tendance infectieuse des sarcomes doit être considérée comme une exception. La tendance à récidiver sur place est cependant grande dans certains cas et les tumeurs récidivées prennent souvent les caractères du cancer médullaire. D'où le précepte d'opérer le plus tôt possible alors que la tumeur est renfermée dans l'espèce de capsule fibreuse qui l'isole complétement. Ces opinions n'ont pas cours en France.

Adénomes et adéno-sarcomes (sarcomes des glandes). — Ce sont des tumeurs composées en grande partie d'un tissu glandulaire de nouvelle formation;

c'est une néoplasie purement épithéliale (Billroth). Selon cet auteur, elles ont leur point de départ dans le tissu conjonctif qui entoure les acini. Lorsque ces tumeurs acquièrent un grand développement, elles peuvent s'ulcérer et devenir infectieuses (Billroth) ?

Chez les jeunes femmes, les adénomes du sein récidivent rarement après l'extirpation. Mais si le sarcome se montre à un âge plus avancé, on a à craindre une infection des glandes lymphatiques et une dyscrasie générale. D'où le précepte d'extirper de bonne heure les sarcomes du sein.

Longtemps les adénomes furent confondus avec les carcinomes. Cependant Velpeau avait essayé d'établir une distinction et leur avait donné le nom de tumeurs fibrineuses ou adénoïdes; Abernethy s'était formé une idée plus juste de ces tumeurs en les dénommant : sarcomes glandulaires, mais c'est à M. Lebert que revient l'honneur d'avoir déterminé leur véritable caractère; toutefois, comme nous venons de le dire, il y a des dissidences d'opinions : M. Lebert, qui représente l'école française, prétend qu'elles ne deviennent pas infectieuses et qu'elles ne déterminent point de cachexie. Si elles se reproduisent sur place après l'opération, c'est que la glande n'a pas été radicalement enlevée.

Comme on le voit, l'école française n'admet pas les métamorphoses de ces tumeurs, tandis que l'école allemande ne les met pas en doute.

Tumeurs fibro-plastiques. — Ce sont des productions morbides constituées essentiellement par l'élément globuleux du tissu cellulaire en voie de formation.

Ces productions appartiennent à la classe des tumeurs hypertrophiques, en ce sens que leur élément fomdamental existe naturellement dans l'organisme et que l'accumulation anormale de cet élément constitue seule leur caractère morbide (Maisonneuve). — Néoplasies homéoplastiques. Ces tumeurs présentent de nombreuses variétés, et selon la prédominance de tels ou tels de leurs éléments, elles se rapprochent plus ou moins des tumeurs fibreuses bénignes ou des tumeurs sarcomateuses, dont la gravité ne le cède guère au cancroïde ou au véritable cancer.

Dans le principe ces tumeurs se présentent sous la forme de noyaux enkystés; à un degré plus avancé elles peuvent s'élever à la surface de la peau et des muqueuses sous la forme de végétations plus ou moins exubérantes ; d'autres fois, elles pénètrent par des irradiations nombreuses au milieu des tissus les plus variés.

La variété fibroïde est fréquemment confondue avec le véritable cancer.

La variété sarcomateuse se ramollit facilement, s'ulcère et donne lieu à des végétations fongueuses abondantes qui revêtent l'aspect des affections cancroïdes et cancéreuses. Les tissus voisins se laissent facilement envahir.

L'infection locale n'est pas douteuse, mais en est-il de même de l'infection

générale? Cette question est très-controversée. En d'autres termes, ces tumeurs sont-elles susceptibles de dégénération? Les micrographes n'admettent pas ces métamorphoses, mais l'observation clinique semble leur être favorable. Ce point réclame de nouvelles études. Quoi qu'il en soit, leur tendance extrême à se reproduire sur place après l'extirpation, donne pour indication positive et pressante de les détruire le plus tôt possible.

Cancroïde — carcinomes épithéliaux et glandulaires, épithéliomas et adénomes malins, infectieux — carcinomes épithéliaux cicatrisants, papillomes carcinomateux, cancer papillaire, etc.

Les auteurs se trouvent d'accord pour admettre que le cancroïde ne peut se développer primitivement que là où se trouvent des cellules épithéliales, mais là se borne leur communauté d'opinions. C'est ainsi que, tandis que l'école française établit une distinction manifeste entre le cancer et le cancroïde, l'école allemande rejette cette opinion et dit que le nom de cancroïde n'a été choisi que parce qu'on veut séparer ces tumeurs des vrais cancers, mais que cette opinion n'est pas justifiée : les parties une fois atteintes sont détruites pour toujours par leur transformation en tissu cancéreux. La forme superficielle comme la forme profonde peut donner lieu à un ulcère fongueux, mais les deux peuvent également conduire à des ulcères atoniques rongeants. Tôt ou tard se présente un gonflement des ganglions les plus rapprochés, peu à peu les tumeurs ganglionnaires se fusionnent avec la tumeur primitive, la destruction locale gagne toujours en largeur; la néoplasie s'étend aussi en profondeur et envahit tous les tissus jusqu'aux os qui sont détruits à leur tour. Les malades périssent dans le marasme et au milieu des symptômes d'une cachexie considérable. Cependant l'école allemande reconnaît qu'à l'autopsie, on ne rencontre presque jamais de tumeurs métastatiques dans les organes internes.

L'école française admet bien que le cancroïde a la plus grande analogie avec le cancer, qu'il trompe souvent l'œil le plus exercé, le praticien le plus expert, mais elle prétend que ces affections peuvent ronger les malades pendant des années entières sans infecter l'organisme et sans produire la cachexie, qu'elles entraînent la mort des malades, bien plus par les désordres locaux que par l'infection générale. Que d'autre part les cancroïdes les plus hideux et les plus fétides peuvent être détruits sans retour par des opérations chirurgicales; que cet heureux résultat peut être obtenu même après une ou plusieurs récidives, alors même que les ganglions étaient envahis. En outre le microscope nous a révélé qu'à ces particularités symptomatologiques correspondait toujours une structure anatomique spéciale ayant pour caractère essentiel la cellule épidermique. Le cancroïde a toujours pour point de départ l'une des surfaces tégumentaires externe ou interne, naturellement couverte d'épithélium, et quand le mal prend de l'extension, on voit l'infiltration épidermique pénétrer à des profondeurs considérables, mais on ne la voit jamais déterminer dans l'orga-

nisme des phénomènes d'intoxication générale, ni de cachexie. Cette absence d'infection est le fait capital de l'histoire du cancroïde; c'est là ce qui, sous le point de vue clinique, le différencie essentiellement du véritable cancer. Conclusion : le cancroïde est toujours susceptible de guérison, quand il est possible de le détruire ou de l'extirper en totalité; on le voit souvent récidiver sur place comme le cancer, mais c'est qu'alors le mal n'avait pas été détruit dans ses racines.

S'il nous est permis d'émettre notre opinion dans un débat si solennel, nous appuyant sur nos propres observations, nous dirons que nous nous rangeons sans hésiter sous la bannière de l'école française. Nous avons vu les cancroïdes les plus hideux et les plus fétides faire périr les malades dans l'épuisement et le marasme, sans aucune apparence d'infection générale, ni de cachexie.

On comprend qu'au point de vue de la statistique ce caractère est d'une importance capitale.

Il est une autre question, soulevée par Billroth qui n'est pas moins importante : cet auteur est convaincu, dit-il, de la fréquence, dans la glande mammaire de la femme, des cancers qui partent de l'épithélium des acini ou des conduits excréteurs, tandis qu'on croit généralement qu'on ne rencontre dans le sein que des cancers du tissu conjonctif. Jusqu'à ce jour on s'est peu appesanti sur ces différences histogénétiques des cancers du sein, et pour cette raison l'observation clinique ne nous fournit aucune donnée sur les différences qui existent dans la marche de ces deux formes cancéreuses. D'après l'analogie on pourrait dire que ces cancers végètent abondamment, mais localement, qu'ils entraînent, il est vrai, une infection rapide des ganglions de l'aisselle, mais qu'ils sont peu disposés à donner lieu à des tumeurs métastatiques internes.

Carcinomes, cancers.—Tumeurs à croissance rapide, toujours infectieuses, ayant une grande tendance aux récidives sur place, affectant très-fréquemment les ganglions voisins et développant successivement beaucoup de tumeurs semblables dans différents organes.

Ces tumeurs ne sont pas comme les *adénomes* et les fibromes distinctes des tissus environnants, leur pourtour se fond intimement avec le tissu normal. La maladie s'étend toujours par la périphérie, bien que la croissance soit en même temps centrale, de sorte qu'en les extirpant on n'est jamais sûr de tout enlever.

Un caractère particulier au carcinome, c'est le travail partiel de ratatinement (peau tirée en dedans, ridée); ce fait indique une tendance médicatrice de la nature.

La structure alvéolaire n'est pas un caractère spécifique du carcinome, car on l'observe aussi dans l'enchondrome, le myxome, le cystome ovarique et le lymphome; ce qui prouve qu'il existe une série de formes de transition dans tous les types de tissus.

De l'examen des quatre grandes classes d'affections désignées sous les noms

de tumeurs syphilitiques tertiaires, tumeurs hypertrophiques, fibro-plastiques et cancroïdes, il ressort, d'après l'école française, un fait capital : c'est que toutes ont pour base fondamentale le produit exagéré de quelques-uns des éléments normaux de nos tissus.

Dans le cancer, au contraire, on voit apparaître un élément nouveau complétement étranger, quant à sa texture et à son évolution, aux parties constituantes de l'organisme. Cet élément consiste dans la cellule cancéreuse, laquelle établit une distinction fondamentale entre le cancer et les autres affections avec lesquelles il avait été confondu.

Cette doctrine des éléments spécifiques a fait peu de prosélytes en Allemagne, et maintenant elle est tout à fait abandonnée.

Quelle que soit la forme qu'affecte le cancer, les moyens à lui opposer sont les mêmes : M. Lebert insiste fortement sur l'unité du cancer, que l'on prenne le squirrhe, l'encéphaloïde, le cancer hématode, mélanique ou colloïde, on a toujours affaire à une seule et même maladie.

Cependant au point de vue de la statistique, il faut établir une distinction entre le squirrhe proprement dit, le squirrhe par excellence, les cancers cicatrisants ou atrophiques du tissu conjonctif et les autres formes que nous venons de désigner. Le terme de squirrhe sert à caractériser les formes fibreuses, cicatricielles du cancer ; squirrhe est donc synonyme de carcinome cicatrisant ou fibreux.

La grande régularité et l'étendue du travail de cicatrisation, la marche lente de la maladie, les récidives moins fréquentes et plus tardives après l'extirpation, fournissent des données assez importantes pour établir ce groupe de carcinomes.

Mais en même temps que se fait cette cicatrisation interstitielle, il se forme ordinairement à la périphérie, entre la cicatrice et le tissu sain, de petits groupes de cellules comme au début de toute néoplasie. Cette formation de cellules périphériques s'étend de plus en plus loin et par cette raison, il n'arrive que très-rarement que cette néoplasie guérisse spontanément et complétement.

Les formes tout à fait pures du cancer cicatrisant sont rares, il est le plus souvent combiné avec le carcinome ordinaire, la plupart du temps, il existe à côté une végétation cancéreuse plus ou moins forte et les ganglions lymphatiques participent souvent à la maladie.

Au point de vue de la statistique cependant, le squirrhe à marche lente et à récidive éloignée, ne peut pas être confondu, par exemple, avec le cancer médullaire à marche et à récidive rapides.

Traitement. — Indications : arrêter, autant que faire se peut, la marche envahissante du cancer et diminuer les souffrances qui l'accompagnent.

Depuis qu'on connaît l'affection cancéreuse, on est à la recherche des remèdes propres à la guérir. Il n'y a pas de médication énergique qui n'ait été préconisée contre cette terrible maladie.

Pour ce qui concerne le *traitement interne*, nous pouvons avancer qu'il n'existe pas de spécifique contre la carcinose : ce n'est pas à dire cependant que tout traitement interne soit inutile et à rejeter.

L'anémie qui accompagne ordinairement ces affections est combattue avantageusement par les moyens connus.

L'emploi judicieux des narcotiques est souvent indiqué. M. le docteur Francis Devay, de Lyon, a remis en faveur la ciguë (conicine). Dans le remarquable mémoire qu'il a publié à cette fin (1853), il rapporte quelques exemples de carcinomes guéris par les préparations de ciguë ; ils méritent d'être pris en sérieuse considération. Les composés arsénicaux ont eu aussi leurs prôneurs; ils ne sont pas à dédaigner. Récamier a préconisé la compression, elle est puissante sur les tissus non encore envahis par la dégénérescence, par exemple dans les adénomes.

Quant au *traitement chirurgical*, deux moyens surtout sont en présence : le bistouri et les caustiques.

La ligature et l'écrasement peuvent rarement être employés.

On s'est demandé : est-il utile d'opérer ? Sur ce point, il y a divergence dans les opinions des chirurgiens les plus experts.

Avant de répondre à cette question, il faudrait établir de nombreuses distinctions.

D'abord, il faut considérer la période à laquelle la maladie est arrivée au moment où le malade se présente à l'opérateur.

Sous ce rapport nous diviserons la marche de la carcinose en trois périodes.

1° La période de localisation (le mal est parfaitement circonscrit et limité).

2° La période d'extension (contagion locale, affection des ganglions voisins).

3° La période d'infection (état général cachectique, développement de tumeurs métastatiques, dyscrasie cancéreuse).

Sans nous arrêter aux objections tirées de la vieille pathologie humorale, depuis longtemps tombée en ruines, nous dirons avec Billroth que, considérant comme un fait positif et qui peut être constaté par l'observation journalière, que le développement des tumeurs ganglionnaires dépend ordinairement du développement des tumeurs primitives; que la participation des ganglions lymphatiques à la maladie carcinomateuse est due, d'après toutes les analogies, à une contagion locale, quel qu'en soit le mécanisme : l'indication est positive; dans tous les cas il faut opérer dès la première période et le plus tôt possible.

On objectera qu'après l'extirpation d'un cancer, des ganglions lymphatiques qui n'étaient pas sensibles avant l'opération, peuvent se montrer; mais il faut bien remarquer que l'affection de ces ganglions lymphatiques peut être assez insignifiante à son début pour échapper à tout examen.

Un fait très-important, qui a trait au sujet en discussion, et qui l'explique,

a été signalé par M. Lebert dans son *Traité pratique des maladies cancéreuses*, p. 333; l'examen microscopique nous a révélé, dit-il, l'existence de globules cancéreux dans les glandules de l'aisselle, à peine engorgés, chez plusieurs malades qui avaient succombé aux suites immédiates d'une opération du cancer du sein. Nous avons constaté une fois, ajoute-t-il, l'existence du suc cancéreux dans les vaisseaux lymphatiques de la région axillaire.

Ce fait démontre la nécessité d'opérer sans retard et sans attendre ce transport compromettant.

A ce propos, je voudrais dire un mot d'une question de déontologie médicale des plus sérieuses : étant admis que les préparations pharmaceutiques sont généralement impuissantes contre le véritable cancer, dès que l'existence de cette affection est constatée ou même soupçonnée, le plus impérieux devoir ne commande-t-il pas au médecin traitant de démontrer au malade la nécessité de l'extirpation de cet ennemi impitoyable, et non de lui inspirer un espoir trompeur dans les médications internes et les résolutifs. La vie du patient dépend souvent de la période de la maladie pendant laquelle l'opération est pratiquée. Lorsque l'extirpation a lieu dans la période de localisation, on a toutes les chances possibles d'arrêter les progrès du mal et de prévenir la récidive, tandis que, si la maladie est arrivée à la période d'extension, ces chances diminuent des trois quarts au moins. M. Virchow, après avoir énuméré les caractères que l'on regarde comme nécessaires pour établir l'hétérologie d'une tumeur, ajoute : Toutes ces propriétés s'expliquent bien plus naturellement par une infection secondaire que par une dyscrasie primitive, car pour ce qui est de la récidive, après une opération, l'observation permet de voir facilement que très-souvent l'extirpation n'est pas complète. Et plus loin : Le danger qui résulte de l'extirpation de la tumeur ne réside pas dans l'infection croissante de la masse sanguine, mais bien dans la reproduction de la tumeur.

Le chirurgien croit opérer dans les tissus sains, il extirpe la tumeur, mais quand on regarde de près on trouve, ce que du reste les bons chirurgiens savent depuis plus d'un siècle, que le tissu restant est déjà malade. Schrœder Van der Kolk, en s'occupant particulièrement de l'importance de ce fait pour les opérations, a démontré d'une façon remarquable jusqu'où cette atteinte morbide peut parfois s'étendre dans les tissus en apparence sains du voisinage (Virchow, *Pathologie des tumeurs*, p. 44).

M. Virchow conclut de l'ensemble de ses recherches que, même dans les tumeurs malignes, les nodosités-mères ne procèdent pas de la dyscrasie. C'est différent pour les noyaux métastatiques.

Il serait absurde de se figurer, dit-il, que la maladie des ganglions lymphatiques fut la conséquence d'une dyscrasie générale : ce sont les glandes qui reçoivent les lymphatiques provenant de la tumeur qui s'affectent les premières; le liquide pathologique arrive d'abord à la première glande qu'il

rencontre; celle-ci devient malade; de là le liquide est transporté à une seconde glande qui s'altère à son tour, et ainsi de suite. Il n'y a pas dans le fait d'autre hypothèse possible que celle d'une substance matérielle quelconque, qui, du premier point affecté, pénètre dans les vaisseaux lymphatiques et qui, transportée dans la glande lymphatique la plus rapprochée, y provoque la maladie par une vraie métastase, puis dans le torrent général de la circulation d'où résulte la dyscrasie.

Ces données, fournies par le célèbre professeur de Berlin, sont très-rassurantes; elles portent à conclure que si la néoplasie est complétement détruite dans la première phase de son évolution, on peut espérer d'arriver à une guérison radicale, comme l'attestent, du reste, de nombreux exemples.

Toutefois, Virchow admet aussi, à l'instar des auteurs français, la dyscrasie primitive : Le plus grand nombre de tumeurs, dit-il, sont le résultat de processus actifs qui s'établissent dans le corps, processus qui conduisent soit à une augmentation de sécrétion ou d'exsudation, soit à une véritable formation nouvelle, processus qui doivent donc être considérés comme irritatifs. Mais l'influence incitatrice peut, on le conçoit, être intérieure ou extérieure. Lorsqu'elle est intérieure, c'est l'exception, elle peut être constitutionnelle, ou, selon la doctrine généralement admise, elle peut être dyscrasique. Car dyscrasie exprime ici la présence dans le sang d'une substance qui exerce sur les parties du corps une action incitante, critérium de son activité, et que l'on désignait autrefois précisément comme une substance âcre ou âcreté (*materies acris, acrimonia*).

A la question : les carcinomes doivent-ils, en thèse générale, être opérés ou non? Billroth répond : que l'opération n'ayant probablement pas d'influence directe sur la diathèse morbide, d'autres motifs doivent nous décider pour l'opération, si elle peut être faite. Si l'opération n'a pas d'influence directe sur la maladie, nous croyons, dit-il, devoir admettre une influence indirecte, en ce que la tumeur est la cause d'autres états morbides : l'épuisement, la faiblesse, l'anémie, les troubles de la nutrition, l'action qu'exerce le moral sur la marche de l'affection cancéreuse, etc. Même lorsqu'on s'attend à une récidive, dit cet auteur, il faut encore opérer. Parfois il se passe une année et plus avant que la maladie éclate de nouveau; pendant ce temps, le malade se croit guéri; n'est-ce rien qu'une année ou deux ou trois passées sans douleurs; par l'opération, on rend la vie plus agréable au patient. En un mot, il y a beaucoup de cas où l'on peut intervenir utilement; il y en a même un grand nombre, dit-il, où l'on agirait d'une manière cruelle si l'on refusait d'opérer. Il n'y a qu'une circonstance qui m'empêcherait d'entreprendre l'opération : ce serait une grande faiblesse chez un individu très-âgé. La perte de sang inévitable pendant l'opération et l'obligation de garder le lit peuvent suffire pour enlever le malade. Ces deux inconvénients sont parfaitement évités par l'emploi bien ordonné des caustiques.

Autre question : faut-il opérer ou non lorsque l'opération peut mettre la vie du malade en danger? Il est impossible de fournir là-dessus des données générales; c'est à la sagacité des hommes de l'art qu'il faut s'en rapporter. Cependant il est admis en principe de n'opérer que lorsqu'on peut enlever toutes les parties malades; il ne faut jamais entreprendre une demi-opération, en laissant des restes de tumeur. Sous ce rapport, je fais observer, dit Billroth, qu'il ne faut opérer que dans les tissus sains et s'éloigner de 1 1/2 à 2 centimètres, si faire se peut, de l'infiltration sensible au toucher; alors seulement, on est sûr d'enlever toutes les parties malades. C'est rassurant, mais ce n'est admissible qu'à une condition : celle d'opérer de bonne heure, c'est-à-dire avant le développement de la période d'extension.

L'opération étant reconnue nécessaire, à quels moyens doit-on avoir recours?

Il faut ici se prononcer entre l'opération sanglante et les caustiques.

Nous avons vu qu'il résulte de la statistique de M. Desgranges que sur 153 opérées par l'instrument tranchant, 39 avaient succombé aux suites immédiates de l'opération, c'est-à-dire un peu plus de 1 décès sur 4 opérées.

La statistique des hôpitaux de Paris donne à peu près des résultats identiques.

Rien de pareil ne se produit avec les caustiques : nous pouvons dire que, convenablement appliqués et dirigés, leur emploi ne met nullement en péril la vie des malades. Sous ce point de vue donc, les caustiques ont une supériorité manifeste sur l'opération sanglante. Et quand la statistique accuse un quart de décès immédiats, combien n'en est-il pas parmi celles qui ont survécu dont la vie a couru les plus grands dangers par le fait même de l'opération sanglante.

On peut signaler comme causes de mort pendant ou après l'opération par l'instrument tranchant :

1° L'emploi du chloroforme;

2° L'introduction de l'air dans les veines;

3° L'hémorrhagie;

4° La syncope;

5° L'inflammation gangréneuse;

6° La pleurésie, la péritonite, la méningite;

7° Les épanchements séro-purulents;

8° L'érysipèle et ses complications;

9° L'infection purulente, la phlébite, les phlegmons diffus dans les régions cervicale, pectorale et dorsale;

10° Dans les hôpitaux, la pourriture d'hôpital.

L'emploi judicieux des caustiques n'expose à aucun de ces accidents.

Nous savons que dans le cours des temps l'opinion sur les caustiques a beaucoup varié : tantôt on leur a accordé la préférence sur les autres moyens, tantôt on les a rejetés en principe et sans examen suffisant. La plupart des chirurgiens contemporains même inclinent vers cette dernière manière de voir. Eh bien, je

répondrai à cela que l'on a jugé sans connaissance de cause, sans examen approfondi, sans expérimentation concluante; que tous les chirurgiens qui ont fait usage des caustiques dans les affections qui nous occupent, sans arrière-pensée, sans préventions, n'ayant en vue que la recherche du vrai, ont reconnu la supériorité incontestable de ces agents. Quand l'illustre frère Côme acheta d'un charlatan la fameuse pâte arsénicale qui porte son nom et en fit généreusement hommage à la science et à la pratique, on considéra cette découverte comme le plus grand progrès de l'art à cette époque, au point que plus tard le célèbre Ledran en devint partisan enthousiaste et se fit un devoir de rédiger, sur l'emploi des caustiques arsénicaux, des préceptes qui, aujourd'hui encore, peuvent servir de règle de conduite au chirurgien.

Écoutons M. Maisonneuve dont la compétence, pensons-nous, ne sera pas récusée en pareille matière. Il est peu de questions chirurgicales, dit-il, qui aient été plus controversées que celle des caustiques dans les affections cancéreuses. Vantés outre mesure par les uns, ils ont été dénigrés plus que de raison par d'autres qui ne les avaient point suffisamment expérimentés pour en apprécier toute la valeur.

Nul doute que dans le traitement des tumeurs cancéreuses circonscrites et mobiles, que dans celles qui envahissent l'épaisseur des os, qui, enveloppées d'une sorte de membrane celluleuse, semblent enkystées au milieu de régions délicates dans lesquelles rampent des nerfs, des vaisseaux volumineux et d'autres organes importants, l'opération par le bistouri ne leur soit préférable; mais dans les cancers ulcérés, alors que des fongosités saignantes s'élèvent à leur surface, qu'un ichor fétide s'en échappe incessamment, que leur base dure et adhérente paraît inattaquable au bistouri ou à la ligature, que le mal enfin semble réfractaire aux ressources de l'art, les caustiques trouvent encore une application utile; ils permettent de détruire les productions fongueuses, de maîtriser les hémorrhagies, de faire cesser les sécrétions abondantes d'ichor fétide, de poursuivre profondément les indurations, d'attaquer par leur centre les tumeurs en voie de ramollissement et dont l'évolution rapide s'accompagne de violentes douleurs.

Et plus loin : *Avantages et inconvénients des caustiques dans le cancer du sein.* L'un des avantages les plus considérables des caustiques consiste dans le peu d'intensité des troubles fonctionnels consécutifs à leur action sur l'économie. La douleur qu'ils déterminent n'est jamais suivie de cette prostration profonde que l'on observe si souvent après l'opération par l'instrument tranchant; c'est à peine même si les malades éprouvent quelques légers symptômes de la fièvre traumatique; aussi n'est-il pas rare de rencontrer des malades qui, après une opération par les caustiques, s'abstiennent de garder le lit, et qui peuvent continuer encore à vaquer à quelques occupations. Un autre avantage important que présentent les caustiques, est d'éviter toute perte de sang :

chez les malades affaiblies par des hémorrhagies répétées ou des sécrétions ichoreuses abondantes, cet avantage mérite d'être pris en grande considération.

Relativement aux accidents consécutifs, les avantages des caustiques ne sont pas encore sans importance ; ils sont, beaucoup plus rarement que l'opération sanglante, suivis, dans leur application, de phlegmons diffus, de gangrène, d'infection purulente et même d'érysipèle. Quelques chirurgiens prétendent encore que les caustiques ont la propriété de prévenir plus efficacement la récidive du cancer que les autres méthodes opératoires. A côté des avantages que nous venons de signaler, les caustiques présentent un certain nombre d'inconvénients, dont les principaux sont :

1° De ne pouvoir détruire une tumeur cancéreuse, sans sacrifier en même temps toute la peau qui la recouvre, alors même que celle-ci ne présente aucune altération ;

2° De n'avoir qu'une sphère d'action peu étendue en profondeur, ce qui, dans les tumeurs d'un certain volume, nécessite des applications réitérées ;

3° De ne pas présenter une action assez précise pour pouvoir être sans danger appliqués au voisinage des organes importants, tels que les gros vaisseaux et les nerfs.

4° Enfin d'occasionner des douleurs trop prolongées pour qu'il soit possible de faire profiter les malades des moyens anesthésiques.

D'après cet exposé succinct des avantages et des inconvénients des caustiques, on comprendra facilement que, dit M. Maisonneuve, parmi les tumeurs cancéreuses du sein, il en est un certain nombre dans lesquelles ce mode opératoire sera réellement préférable à l'opération par le bistouri.

L'opération par les caustiques peut encore trouver une application utile, dit le même auteur, dans les cas où les malades éprouvent une vive appréhension de l'instrument tranchant, où l'impressionnabilité nerveuse est telle qu'on est en droit de redouter l'influence d'une opération sanglante, etc.

Les avantages que présentent les caustiques sont beaucoup plus considérables que ne le dit M. Maisonneuve ; il suffit de jeter un coup d'œil sur la liste des accidents auxquels l'opération expose, pour en être convaincu.

C'est ainsi que l'emploi du chloroforme n'est pas nécessaire avec les caustiques. M. Maisonneuve regarde comme un inconvénient attaché aux caustiques de ne pouvoir faire profiter les malades des moyens anesthésiques, et moi je considère comme un avantage de ne pas se trouver dans la nécessité d'y recourir. Je ne conteste pas le bienfait, mais je dis qu'à côté du bienfait, il y a un danger réel, c'est ce danger que l'on évite.

L'introduction de l'air dans les veines, est un autre danger auquel expose l'opération sanglante, tandis que l'emploi des caustiques n'expose à aucun péril de cette espèce.

L'hémorrhagie chez une femme malade depuis longtemps et par conséquent

affaiblie, souvent anémique à un degré plus ou moins prononcé par le fait même de la maladie cancéreuse, dans de telles conditions, une perte considérable de sang ne présente-t-elle pas de grands inconvénients? c'est ce qu'on évite sûrement par les caustiques, on peut enlever les tumeurs les plus volumineuses sans faire perdre une goutte de sang à la malade.

La syncope prolongée qui peut occasionner une mort immédiate et à laquelle expose une hémorrhagie prolongée, ce dont on a vu de nombreux exemples, est également évitée par l'emploi des caustiques.

Il en est de même de l'inflammation gangréneuse, accident grave qui survient quelquefois à la suite de l'opération par l'instrument tranchant et qui ne se manifeste pas par l'usage des caustiques appliqués avec la prudence qu'exige toute opération.

La pleurésie, la péritonite, la méningite, qui emportent beaucoup d'opérées, ne se produisent pas par l'emploi prudent des caustiques.

Enfin, l'application des caustiques n'expose pas, comme le bistouri, aux épanchements séro-purulents, à l'érysipèle et à ses complications, à l'infection purulente, à la phlébite, aux phlegmons diffus, à la pourriture d'hôpital, etc.

Quant aux inconvénients des caustiques signalés par M. Maisonneuve, nous allons voir qu'ils se réduisent à bien peu de chose.

Ainsi, on ne peut détruire une tumeur cancéreuse, dit-il, sans sacrifier en même temps toute la peau qui la recouvre; mais avec l'instrument tranchant ne sacrifie-t-on pas aussi une grande étendue de peau; ce sacrifice est très-souvent même une nécessité, par la raison que la peau qui recouvre une tumeur carcinomateuse est fréquemment envahie par la maladie. D'ailleurs, dans la plupart des tumeurs cancéreuses que j'ai extirpées au moyen des caustiques, je suis parvenu à rapprocher, à peu près, les deux lèvres de la plaie. L'inconvénient signalé n'en est donc pas un.

Le second inconvénient attribué aux caustiques par M. Maisonneuve est le suivant : de n'avoir qu'une sphère d'action peu étendue en profondeur, ce qui, dans les tumeurs d'un certain volume, nécessite des applications réitérées. En effet, les opérations ne marchent pas aussi vite que par le bistouri, mais elles sont sans danger, ce qui n'est pas un mince avantage, pour le patient surtout, qui n'a qu'un but, celui de sauver sa vie. Du reste, il faut déjà une tumeur très-volumineuse pour ne pas être détruite en six ou huit jours de cautérisations successives; je reviendrai sur ce point lorsque j'exposerai le procédé que je mets en pratique.

La troisième objection est plus sérieuse : de ne pas présenter une action assez précise pour pouvoir être sans danger appliqués au voisinage des organes importants, tels que les gros vaisseaux et les nerfs. Nous répondrons à cela que le chirurgien qui a la grande habitude de manier les caustiques sait préciser la limite de leur action presque aussi sûrement que celui qui manie le bistouri.

Néanmoins nous reconnaissons que l'inconvénient est réel pour les troncs artériels, l'axillaire par exemple; quant à ses branches, elles ne nous inspirent aucune crainte; nous avons très-souvent appliqué le caustique sur des collatérales assez volumineuses sans apparence d'hémorrhagie; l'inflammation que le caustique développe dans les parties saines environnantes obstrue le vaisseau avant la chute de l'eschare. Nous n'oserions pas prétendre que le même phénomène se produirait si le caustique était appliqué sur une grosse artère; notre expérience ne nous dit rien à ce sujet, mais il nous est permis de le supposer. Dans tous les cas, rien n'empêche de combiner les deux procédés, de porter les cautérisations jusqu'à proximité de l'artère, puis d'agir avec le bistouri, si le cas l'exige. Mais ici je ferai remarquer que lorsque le mal cancéreux s'est propagé jusqu'au voisinage de l'artère axillaire, bien peu d'opérations seront couronnées de succès. C'est le cas d'en mettre en doute l'opportunité.

Une grave question se présente tout naturellement ici à notre examen : les caustiques ont-ils la propriété de prévenir plus efficacement la récidive que l'opération par l'instrument tranchant? La statistique seule pourrait résoudre la question, mais non-seulement nous n'avons pas de statistique pour ce qui concerne les caustiques, nous n'en avons pas même de bonne pour l'opération sanglante, et, aussi longtemps que nous ne posséderons pas une classification précise des cas, nous ne pourrons nous attendre à des résultats définitifs.

Quand on se place au point de vue physiologique, dit Billroth, les caustiques ont quelque chose pour eux : on peut supposer que le liquide caustique pénètre dans les vaisseaux lymphatiques qui participent à la maladie et détruit ainsi complétement la matière morbide qui se trouve dans sa sphère d'action.

Il est encore un fait incontestable, c'est que l'application des caustiques excite une vive inflammation locale et limitée à deux ou trois centimètres. Cette inflammation ne s'étend pas en profondeur, elle n'atteint généralement que la peau et le tissu conjonctif sous-cutané; mais on attribue à cette vive réaction locale une action modificatrice sur les tissus; et pourquoi n'en serait-il pas ainsi, qui pourrait prétendre que cette inflammation ne détruit pas la matière cancéreuse ou les quelques cellules spéciales qui se trouveraient soumises à cette sorte d'ustion salutaire, ou bien encore ne peut-elle pas produire une modification telle dans les vaisseaux lymphatiques, qu'elle empêche le transport immédiat de la matière cancéreuse. Quoi qu'il en soit, tous les chirurgiens qui ont beaucoup employé les caustiques dans les affections carcinomateuses leur ont attribué, au point de vue de la récidive, des avantages marqués sur l'instrument tranchant.

C'est aussi mon avis : je crois sincèrement que, pour ce qui concerne la récidive, les caustiques sont préférables au bistouri. Je ne puis pas vous fournir de preuves, je n'ai pas de statistique à produire, les opérations que j'ai pratiquées ne sont pas assez nombreuses, ce n'est pas une quarantaine d'observations qui peuvent constituer une statistique ayant une autorité suffisante; mais

quand j'en aurai deux cents, si je parviens à ce chiffre, je vous les exposerai dans tous leurs détails et avec la plus scrupuleuse exactitude. Toutefois, si je n'ai pas de statistique, j'ai une conviction, et je ne crains pas de vous la faire connaître : ma conviction est que l'avenir appartient aux caustiques pour le traitement des affections cancéreuses : 1° parce qu'ils ne présentent pas les dangers de l'opération sanglante ; 2° parce qu'ils produisent dans les tissus voisins une réaction salutaire ; 3° parce qu'on peut supposer qu'ils exercent une action spéciale sur la matière cancéreuse ; 4° parce que les récidives sont moins fréquentes et moins rapides qu'avec le bistouri ; 5° parce qu'ils n'excitent pas chez les malades les mêmes appréhensions ni la même terreur que l'instrument tranchant.

Ceux qui accordent la préférence au bistouri donnent pour raison qu'ils savent exactement ce qu'ils enlèvent, et jugent en toute sûreté si tous les tissus malades ont été extirpés. Nous avons déjà dit que Virchow et Schröder Van der Kolk ne sont pas de cet avis, et nous pourrions ajouter à ces deux témoignages ceux des chirurgiens les plus célèbres qui ont écrit sur le cancer. Mais examinons les faits tels qu'ils se produisent. Quand l'opération est pratiquée dans la période de localisation, que le mal est parfaitement circonscrit, que la néoplasie est même entourée d'une espèce de kyste ou d'un kyste véritable, alors, sans nul doute, au moyen du bistouri, on enlève toutes les parties malades, aussi bien ou mieux peut-être que par les caustiques. Disons tout de suite que c'est le cas le moins fréquent. Mais autre chose est si le mal n'est pas exactement circonscrit ou s'il est arrivé à la seconde période, la période d'extension, alors que de petits groupes de cellules spécifiques se développent ça et là autour de la tumeur-mère ; croit-on encore que par l'opération sanglante, au milieu du sang qui coule abondamment, on ait beaucoup de chances de voir, de sentir et d'extirper tous les petits noyaux qui peuvent exister autour de la tumeur principale ? Nous ne le pensons pas, tandis que par les caustiques, après la chute de l'eschare, les tissus sont mis à nu et se présentent au chirurgien dans leur état réel, soit normal, soit maladif, et la moindre altération devient distincte et manifeste, de sorte que le chirurgien peut détruire, sans difficulté aucune, tout ce qui éveille le moindre soupçon. Qui oserait prétendre que, dans ces conditions, les caustiques ne présentent pas plus de garanties que le bistouri.

Ce que nous venons de dire s'applique bien plus encore à la troisième période, la période d'infection, si pour des raisons particulières, soit dans le but d'apaiser des douleurs insupportables, soit pour diminuer l'horrible infection, inhérente à certains cancers largement ulcérés et végétants, on se décidait à agir, évidemment, ici encore, les caustiques devraient avoir la préférence. Sous leur influence, on voit disparaître les hémorrhagies, les sécrétions ichoreuses, les émanations fétides, les douleurs lancinantes, etc.

Les sarcomes, les adénomes, les adéno-sarcomes, les fibromes, les épithéliomes qui sont parvenus à la période d'ulcération, surtout lorsque ces ulcères sont végétants, fongueux, saignants; dans la plupart de ces cas, les caustiques présentent encore des avantages marqués sur l'instrument tranchant.

Le cancroïde superficiel et végétant surtout réclame plus particulièrement l'emploi des caustiques.

Dans les cas de l'espèce, la grande faiblesse du sujet, l'anémie, l'âge avancé, constituent des contre-indications à l'emploi du bistouri. Dans les végétations exubérantes, le caustique a pour immense avantage de faire cesser, dès la première application, non-seulement les hémorrhagies qui épuisent, mais aussi de tarir la sécrétion ichoreuse qui infecte et corrode, et cela au prix de très-peu de douleurs, car aussi longtemps que le caustique n'agit que sur des tissus malades, il n'occasionne qu'une souffrance insignifiante.

Dans le sarcome fibreux, le fibrome mou, les tumeurs fibro-cellulaires et fibro-plastiques avec une grande tendance à la prolifération et à la récidive, selon moi, les caustiques réussiront mieux que l'instrument tranchant. J'ai opéré, il y a plus d'une année un fibrome mou récidivé deux mois après l'opération par le bistouri; jusqu'ici il n'y a pas d'apparence de reproduction nouvelle.

Il est préférable encore d'employer les caustiques pour cette variété de cancer dans laquelle la peau et le tissu cellulaire sous-cutané sont parsemés de petites tumeurs du volume d'un pois ou d'une noisette. J'ai opéré une dame atteinte d'une ulcération cancéreuse qui avait détruit le sein gauche et qui présentait, sur la poitrine, une partie de l'abdomen et du dos, plus de quarante de ces petites tumeurs du volume d'un pois, d'un grain de chènevis, d'une tête d'épingle; à mesure que je les cautérisais, il s'en produisait de nouvelles; j'ai fini néanmoins par les détruire complétement.

Il est inutile de passer en revue tous les cas qui réclament plus particulièrement l'emploi des caustiques; toutefois je dirai encore, avec M. Maisonneuve, que, même dans les cas où le bistouri paraît préférable, on doit encore recourir aux caustiques lorsque les malades éprouvent une véritable terreur de l'instrument tranchant.

Ces considérations étant établies, on nous demandera à quel caustique il convient d'avoir recours?

M. Lebert, dans son *Traite pratique des maladies cancéreuses*, p. 642, a proposé la classification suivante :

I. *Acides concentrés.* — *A.* Acides minéraux :

1° Acide sulfurique pur ou solidifié;

2° Acide nitrique pur ou solidifié;

3° Acide chlorhydrique.

B. Acides végétaux :
1° Acide acétique;
2° Acide pyrolignique.
II. *Alcalis concentrés :*
1° Potasse caustique;
2° Pâte caustique de Vienne;
3° Caustique de Filhos.
III. *Métaux divers :*
1° Nitrate d'argent liquide ou solide;
2° Sels de cuivre;
3° Beurre d'antimoine;
4° Pâte caustique de tartre stibié;
5° Sels de mercure :
a. Deuto-iodure de mercure;
b. Nitrate acide liquide de mercure;
c. Deuto-chlorure de mercure.
6° Chlorure de zinc, pâte de Canquoin;
7° Arsenic :
a. Pâte de Dupuytren;
b. Pâte du frère Côme;
c. La même, modifiée par Manec.
IV. *Cautérisation avec le fer chauffé à blanc.*

On pourrait ajouter à cette liste le bichromate de potasse, le caustique de Landolfi, etc.

Parmi ce grand nombre de caustiques, il en est très-peu qui soient restés dans la pratique.

Ceux qui méritent une mention spéciale sont, en premier lieu, la pâte du frère Côme, modifiée par Manec, considérée pendant longtemps comme le caustique par excellence dans le cancroïde. Mais la pâte arsénicale ne peut être appliquée que sur des surfaces de peu d'étendue, 2 centimètres au plus, sans s'exposer à des accidents mortels. L'arsenic est facilement et promptement absorbé et peut occasionner un empoisonnement rapide. On lui reproche, en outre, de provoquer des douleurs très-vives et une violente inflammation. Un autre inconvénient attaché à ce mode de cautérisation, c'est d'exiger un temps très-long pour enlever une tuméfaction d'un petit volume; il faut attendre la chute de l'eschare pour faire une seconde application, et l'eschare ne se détache qu'au bout de douze à quinze jours. Ce moyen n'est donc applicable qu'aux ulcérations superficielles et circonscrites.

Les acides minéraux ne sont appliqués que solidifiés, soit par la poudre de safran, comme le conseille Velpeau (caustique sulfuro-safrané); soit par la charpie (acide nitrique), préconisé par M. Rivaillé; soit au moyen de l'amianthe

(Maisonneuve). Ces caustiques sont très-puissants, mais ils occasionnent des douleurs intolérables.

Le caustique de Vienne, celui de Filhos ne produisent que des eschares superficielles et molles; ils ne sont pas avantageusement applicables à des tumeurs d'une certaine épaisseur.

Le caustique de Canquoin, composé d'une partie de chlorure de zinc mêlé avec trois ou quatre parties de farine et une quantité suffisante d'eau pour en faire une pâte, ne produit pas une cautérisation assez rapide ni assez profonde pour arriver à la destruction prompte d'une tumeur volumineuse.

En outre, la méthode de Canquoin est très-défectueuse. Il appliquait son caustique et le laissait en place pendant vingt-quatre heures, puis il attendait douze ou quinze jours la chute de l'eschare pour faire une seconde application. Cette application faite sur le vif produisait des douleurs atroces. En procédant de cette manière, Canquoin restait six mois, un an et plus pour détruire des tumeurs d'un certain volume.

Non satisfait des différents caustiques proposés par les auteurs, ni de leurs procédés opératoires, je me suis posé ce problème : trouver un caustique qui produise en quelques heures une eschare dure d'un centimètre d'épaisseur, sans occasionner de violentes douleurs, tout en provoquant une réaction modificatrice suffisante; dans ce but, j'ai expérimenté les plus puissants, et j'ai vu qu'ils ne répondaient pas à mon attente; j'ai donc dû me livrer à de nouvelles recherches, établir d'autres combinaisons; j'ai lieu d'espérer de posséder bientôt le caustique qui réponde aux conditions exposées plus haut; dès que j'y serai parvenu, je le soumettrai immédiatement à l'appréciation de mes confrères.

Procédé opératoire. — Étant donné un caustique produisant en quatre ou cinq heures une eschare d'un centimètre d'épaisseur, sans de trop vives douleurs, voici le procédé opératoire que je mets en pratique :

Supposant un ulcère cancéreux rongeant sur un fond de 6, 7 ou 8 millimètres de tissus envahis par la maladie, j'applique le caustique de façon à dépasser les limites du mal; il produit, en quatre ou cinq heures, une eschare d'un centimètre d'épaisseur; le caustique est enlevé et remplacé par un cataplasme de farine de lin. Cette application a produit une vive réaction dans les tissus environnants. Les douleurs s'effacent rapidement. Si j'ai lieu de supposer que les tissus malades sont détruits en totalité, je continue les cataplasmes les jours suivants. L'eschare se détache et tombe au bout de huit, dix ou douze jours, selon l'activité de la force éliminatrice du sujet. Après la chute de la partie frappée de mortification, j'examine attentivement s'il ne reste aucun point suspect. Dans la négative, je rapproche insensiblement et tous les jours les lèvres de la plaie, de façon à obtenir, autant que possible, une cicatrice linéaire. Si au contraire il restait quelque point douteux, je réapplique immédiate-

ment le caustique, afin de détruire complétement toutes les parties malades.

Supposant, d'autre part, une tumeur ulcérée de plusieurs centimètres d'épaisseur : le caustique est appliqué ; après cinq heures environ, je le remplace par un cataplasme. Le lendemain, l'eschare ayant un centimètre d'épaisseur, j'en enlève une couche de 7 à 8 millimètres, de façon à en laisser 2 ou 3 millimètres sur toute l'étendue de la néoplasie. Je réapplique le caustique et le laisse en place le même laps de temps. Un cataplasme le remplace comme la veille. Le lendemain, même opération : une couche de 7 à 8 millimètres est de nouveau enlevée et ainsi de suite. De sorte que si la tumeur a 2 centimètres d'épaisseur, elle est détruite en trois jours ; si elle en a 4, en cinq jours ; si elle en a 5, en six ou sept jours, etc. Une énorme tumeur de 10 centimètres d'épaisseur exigerait une douzaine d'applications, c'est-à-dire douze jours de cautérisations successives, pour être complétement éliminée. Par la méthode de Canquoin, il faudrait six à huit mois au moins.

Il est facile de comprendre qu'il faut une grande habitude de manier les caustiques pour arriver à cette précision mathématique dans les effets qu'on veut produire. Chacun sait que c'est en forgeant qu'on devient forgeron. J'espère, du reste, que, dans un avenir peu éloigné, je pourrai fournir des données tellement précises sur l'action de ces agents, que tout praticien pourra les appliquer avec assurance et sécurité.

Quand la tumeur n'est pas ulcérée, il faut nécessairement entamer la peau au moyen d'un caustique d'un effet rapide : le caustique de Vienne remplit parfaitement cet office.

Un point des plus difficiles et des plus délicats, c'est celui de déterminer le degré de profondeur auquel il faut porter la cautérisation : aller trop profondément, c'est s'exposer à des accidents redoutables ; si l'on ne dépasse pas les limites du mal, ce que l'on ne constate qu'après la chute de l'eschare, c'est-à-dire après dix, douze ou quinze jours, on se trouve dans la nécessité de réappliquer le caustique sur le vif, ce qui occasionne de violentes douleurs, décourage la malade et retarde considérablement la guérison.

Il est facile de saisir les avantages du procédé que je viens de décrire ; indépendamment du composé caustique qui permet de produire, en quatre ou cinq heures, une cautérisation d'un centimètre d'épaisseur, c'est qu'en laissant une couche de 2 à 3 millimètres, la couche profonde de l'eschare de la veille, la seconde application, ainsi que les suivantes, s'il y a lieu, agissent doucement, progressivement et sans produire les violentes douleurs des caustiques appliqués sur le vif. Par ce procédé, les douleurs sont très-modérées et très-supportables, elles n'occasionnent que des troubles insignifiants dans les fonctions importantes, de sorte que l'opération en elle-même est à peu près innocente, et que la malade n'est exposée à aucun danger. En ne laissant le caustique en place que quelques heures, la malade jouit d'un repos assez long pour se remettre des

effets de la cautérisation précédente ; aussi ai-je vu des patientes qui ne cessaient de vaquer à leurs occupations journalières.

Je crois vous en avoir dit assez, Messieurs, pour marquer l'importance pratique des caustiques dans le traitement des affections cancéreuses. Je pourrais appuyer ma manière de voir sur plus de quarante observations, mais, comme je l'ai dit plus haut, le moment n'est pas venu pour produire ma statistique. Je me bornerai donc à vous relater sommairement quelques faits, dans le seul but de vous permettre d'apprécier les résultats immédiats de la méthode opératoire que je mets en pratique. Je n'examine pas, pour le moment, la question des récidives ; je la réserve pour l'avenir ; tout ce que je puis dire, c'est que, jusqu'à ce jour, je n'ai pas de récidive sur place, et j'ai lieu de penser que les carcinomes opérés par les caustiques dans la première période de la maladie ne récidiveront pas pour la plupart. Toutefois, une femme qui a été opérée d'un premier carcinome du sein peut, dans la suite, en contracter un second de l'autre côté ou dans toute autre partie du corps ; cela ne doit pas être considéré comme une récidive. On ne doit pas exiger d'un moyen quelconque plus qu'il ne peut produire.

On admettra facilement que les chances d'échapper à la récidive sont beaucoup moins grandes lorsque l'opération n'a lieu que dans la seconde période de la maladie.

Quant aux métastases, elles sont indépendantes de l'opération, qui ne peut ni les empêcher, ni les provoquer. Si l'on se décide à agir dans la troisième période, ce ne sera certes pas dans le but de guérir radicalement, mais uniquement pour calmer momentanément d'horribles souffrances.

1re Observation. — Mme P..., fermière, 47 ans, forte constitution, squirrhe plat de 4 centimètres de diamètre sur 2 centimètres environ d'épaisseur. Douleurs lancinantes très-prononcées, petit ganglion induré et mobile sous le bord du pectoral. La peau est entamée au moyen du caustique de Vienne, puis application de la pâte caustique, qui est laissée en place six heures et alors remplacée par un cataplasme. La malade prend ses repas comme d'habitude et dort une grande partie de la nuit. Le lendemain, j'enlève une couche de 8 millimètres environ et je réapplique le caustique; le reste comme la veille. Le troisième jour, une seconde couche de 8 millimètres est enlevée ; réapplication du caustique. Les douleurs lancinantes ont complétement cessé. Le quatrième jour, j'estime que le squirrhe est entièrement détruit ; continuation des cataplasmes matin et soir. La malade jouit d'un calme qu'elle ne connaissait plus depuis quelques mois. Les fonctions principales n'ont pas subi le moindre trouble. L'eschare se détache le onzième jour ; le vingt et unième, elle retourne chez elle. Le ganglion a nécessité deux applications de caustique, à cause de son extrême mobilité.

Voilà un cas où les cautérisations, à part les douleurs inhérentes à ce genre

d'opérations, douleurs, du reste, très-supportables, où les cautérisations, dis-je, paraissent à peu près innocentes : la malade n'a pas cessé un seul jour de se promener, de prendre ses repas, de se livrer au sommeil; si elle s'était trouvée dans sa ferme, elle aurait certainement vaqué à ses occupations journalières. Il est vrai que la tumeur n'était pas fort étendue et que la malade avait une constitution robuste, mais il est constant que l'opération sanglante n'aurait pas présenté la même inocuité.

2e Observation. — Mme M..., 42 ans, complexion frêle, délicate, exigeant de grands ménagements; squirrhe du sein gauche; 5 centimètres de diamètre sur 4 environ d'épaisseur. Douleurs lancinantes, amaigrissement.

1re *période.* Aucune apparence de maladie organique. Malgré la faiblesse de la malade, il est décidé qu'il est opportun d'opérer sans retard. La peau est entamée au moyen du caustique de Vienne, et immédiatement après la pâte caustique est appliquée. Il en résulte une eschare de 12 millimètres d'épaisseur; j'en enlève, le lendemain, une couche d'un centimètre environ. Réapplication du caustique, comme la veille; il est laissé en place pendant six heures; un cataplasme le remplace. Le jour suivant, excision d'une couche de 8 millimètres, puis caustique et cataplasme. Mêmes opérations pendant cinq jours consécutifs. Après la cinquième cautérisation, je juge que la tumeur est détruite. Réaction inflammatoire assez intense autour de l'eschare; les cataplasmes sont continués. L'eschare se détache le quatorzième jour. Les fibres du pectoral sont à découvert. Rapprochement progressif des lèvres de la plaie. Le trentième jour, cicatrice linéaire parfaite. Pendant les cautérisations, un léger dérangement des fonctions digestives, bientôt réparé, est le seul phénomène qui se soit manifesté. Depuis, la malade a repris de l'embonpoint et jouit d'une bonne santé.

3e Observation. — Mlle M..., 44 ans, bonne constitution, squirrhe du sein gauche, deux ans de durée, douleur lancinantes, amaigrissement effet des souffrances morales plutôt que des douleurs physiques. Tumeur de 8 centimètres de diamètre sur 6 d'épaisseur, mobile, sans engorgement sous-axillaire. Cette malade a subi les injections sous-cutanées par le procédé anglais : elles ont occasionné des douleurs atroces, un gonflement inflammatoire considérable, sans apparence de succès. Lorsqu'elle s'est adressée à moi, je lui ai conseillé l'extirpation du squirrhe par les caustiques. J'ai opéré de la manière indiquée plus haut, en présence de M. le docteur Jottrand. Huit applications de caustique, une chaque jour, de cinq à six heures de durée, ont détruit la tumeur. Après la chute de l'eschare, les fibres du pectoral se trouvaient à découvert dans l'étendue d'une pièce de cinq francs. L'examen le plus attentif ne fit plus découvrir aucun point malade. Réunion progressive des lèvres de la plaie. Cicatrisation parfaite après cinq semaines.

Cette demoiselle, d'un tempérament essentiellement nerveux, mais d'un

courage de stoïcien, a très-bien supporté les cautérisations. La santé ne s'en est pas beaucoup ressentie. Selon elle, elle a plus souffert des inquiétudes, des agacements nerveux dans les jambes que des caustiques ; les sels de morphine ont triomphé facilement de ces perversions de la sensibilité. Actuellement elle a recouvré tout son embonpoint et jouit d'une santé parfaite.

4e Observation. — Mme F..., 27 ans, mère de quatre enfants, tempérament lymphatique, a contracté une néoplasie de la grosseur d'un œuf de poule au sein gauche, avec douleurs lancinantes. Elle s'est adressée à un empirique patronné par un médecin de campagne. Ce guérisseur de cancers à la quatrième page des journaux politiques, a, pendant quatre mois, appliqué sur ce sein des emplâtres irritants en promettant toujours la guérison. Il en est résulté, après de vives douleurs, une large ulcération, une augmentation considérable de la tumeur squirrheuse et une altération profonde de la santé générale avec amaigrissement très-prononcé. Lorsque cette malade me fit appeler, je constatai une tumeur de 10 centimètres d'étendue dans son plus grand diamètre et de 7 centimètres d'épaisseur. La tumeur était ulcérée sur la moitié de sa surface, et les bosselures mises à nu.

Les caustiques furent appliquées selon la méthode indiquée, six à huit heures chaque jour. Cette malade les supportait avec une facilité remarquable, elle me demandait souvent de les laisser en permanence, disant qu'elle aimait tout autant le caustique que le cataplasme. Toutefois l'appétit était peu prononcé, mais c'était son état habituel. Après la dixième application, je jugeai que la tumeur était détruite. La chute de l'eschare se fit le dix-neuvième jour et mit à nu les fibres du pectoral. Je rapprochai insensiblement les lèvres de la plaie et le trente-cinquième jour, une cicatrice linéaire irréprochable était obtenue. La malade a repris tout son embonpoint et jouit actuellement d'une bonne santé.

5e Observation. — Mlle J... 47 ans, tempérament nerveux, toujours souffrante de la tête, de la poitrine et des membres, maigre et chétive. Tumeur squirrheuse du sein gauche, à la période d'extension, ganglion assez volumineux sous le bord du pectoral à la partie antérieure de l'aisselle. Tumeur de 10 centimètres de diamètre sur 7 d'épaisseur.

Un chirurgien distingué de Bruxelles vit la malade et refusa de l'opérer par l'instrument tranchant. Mes principes ne me fournissaient pas les mêmes raisons de me récuser. J'appliquai donc les caustiques, avec le concours de M. le docteur Vleminckx. Dix applications mirent à nu les fibres du pectoral, la tumeur principale était détruite, mais après la chute des eschares, nous constatâmes que le ganglion n'était pas complétement enlevé ; quatre applications de caustique furent encore ici nécessaires. Au bout de six semaines, les plaies étaient cicatrisées, mais des douleurs nerveuses plus ou moins intenses persistèrent dans la poitrine et dans le dos ; rien dans la cicatrice. En ce moment, la

malade n'en est pas encore complétement débarrassée. Cependant, jusqu'à ce jour, il n'y a aucun signe de récidive locale, ni d'affection cancéreuse métastatique.

Cette malade supportait péniblement les caustiques, elle avait des étouffements, des palpitations, mais elle en avait aussi auparavant, de sorte que nous les considérions comme des phénomènes nerveux ; il en est de même pour les douleurs qu'elle éprouve encore actuellement.

6e Observation. — Mme A..., 53 ans, lymphatique, embonpoint considérable, seins volumineux. Squirrhe du sein gauche sur le point de s'ulcérer. Il y a dix-huit mois environ que le mal a débuté. Au moment où elle s'est présentée, la tumeur avait environ 15 centimètres de diamètre transversal sur 12 d'épaisseur ou diamètre vertical (d'avant en arrière). La tumeur est mobile, mais il existe deux ganglions indurés le long du bord du pectoral près, du creux axillaire. Une éminence de la grosseur d'une grosse noix existe au centre de la tumeur, elle est fluctuante. La peau est altérée sur une plus large surface. Donc la maladie est arrivée à la deuxième période. Le caustique est appliqué tous les jours pendant vingt jours. La malade ne s'en préoccupe pas beaucoup, les fonctions digestives n'en éprouvent aucun retentissement, le sommeil n'en est pas troublé. Très-souvent elle s'endort pendant que le caustique est en pleine activité. Après la chute de l'eschare, je constate qu'un nouveau ganglion s'est engorgé. Il est cautérisé. Un autre ganglion s'affecte ensuite, il est cautérisé à son tour. Ces entraves ont considérablement retardé la cicatrisation, il a fallu près de trois mois pour l'obtenir. Actuellement la malade possède une santé florissante. Son embonpoint a encore considérablement augmenté.

J'ai vu cette dame avec M. le docteur Mercier, membre de la députation permanente.

7e Observation.— Mlle V..., 43 ans, lymphatique, mais robuste, a été opérée, il y a trois ans, par l'instrument tranchant. Au bout d'un an, récidive sur place ; elle attend six mois encore : nouvelle opération par l'instrument tranchant. Récidive nouvelle dans la cicatrice. Elle attend ; un ganglion sous-axillaire s'engorge et devient le siége de douleurs lancinantes, ainsi que la tumeur développée dans la cicatrice. Elle se présente à moi pour être opérée par les caustiques. Sept applications ont détruit la tumeur et le ganglion. Après les cautérisations, une miliaire générale se déclare avec fièvre et perte d'appétit. Elle rapporte qu'elle a eu la même éruption après les deux opérations sanglantes qu'elle a subies. Cette malade, douée de beaucoup de courage, a très-bien supporté les caustiques. Comme la cicatrice des deux premières opérations était très-étendue, je n'ai détruit que la portion qui était malade. S'il y a une nouvelle récidive, il sera intéressant de constater si elle se produira dans l'ancienne cicatrice ou dans la nouvelle.

L'éruption miliaire a retardé la cicatrisation ; ce n'est qu'au bout de cinq semaines qu'elle s'est effectuée.

8e Observation. — Mme F..., 52 ans, tempérament lymphatico-sanguin, faible et maladive : large ulcération cancéreuse ayant rongé le sein complétement, engorgement ganglionnaire sous-axillaire et nombreuses petites tumeurs cutanées autour de l'ulcère. Application du caustique sur l'ulcère et sur les ganglions. Une seule application suffit sur la surface ulcérée. Les ganglions en réclament plusieurs. Quand ces ganglions furent détruits, d'autres s'engorgèrent à côté. Je ne crus pas devoir poursuivre les cautérisations. Les préparations arsénicales à l'intérieur et la teinture d'iode extérieurement furent dirigés contre eux. Canquoin avait proposé de traiter les petites tumeurs cutanées par le chlorure d'or dissous dans l'eau régale : ce moyen est très-douloureux et peu efficace ; je l'ai remplacé avantageusement par la teinture d'iode appliquée avec insistance. Sous son influence, ces petites tumeurs s'effaçaient assez rapidement.

Ici, il n'y avait pas moyen de rapprocher les bords de la plaie ; aussi la cicatrisation marcha-t-elle très-lentement ; elle exigea plus de quatre mois de soins assidus. Néanmoins, sous l'influence d'un régime tonique, de la liqueur de Fowler, etc., la santé se consolida, l'embonpoint se rétablit, et les inquiétudes, les tortures morales se sont dissipées.

Il se peut qu'il y ait récidive, mais la malade aura quand même joui, pendant une ou plusieurs années, d'une santé parfaite.

9e Observation. — Mme F..., 62 ans, a élevé une nombreuse famille. Depuis un an, sa santé s'altère sensiblement ; on attribue ce dépérissement à une tumeur squirrheuse qui s'est développée un peu au-dessus du sein droit à la suite d'une légère contusion. Cette tumeur est le siége de vives douleurs lancinantes et attire seule son attention ; c'est ce qui fit qu'elle nous cacha une partie de la vérité. Le mal paraissait localisé, pas d'engorgement ganglionnaire ni de cachexie. M. le docteur Varlez avait donné des soins à cette dame ; je la vis avec cet honorable confrère, et nous fûmes d'avis d'opérer l'extirpation de cette tumeur par les caustiques ; elle avait environ 7 centimètres de diamètre sur 6 d'épaisseur. Huit applications de caustique de cinq heures environ de durée suffirent pour détruire le squirrhe. L'eschare se détacha vers le dix-huitième jour. Les cautérisations furent bien supportées et mirent fin aux souffrances locales ; mais bientôt après la malade accusa de violentes douleurs dans le dos, les reins, le ventre, la poitrine, les membres. Les fonctions digestives ne se rétablissaient pas, comme il arrive d'ordinaire. Néanmoins, la cicatrisation marchait régulièrement. C'est alors seulement que la malade nous apprit que ces douleurs existaient depuis six mois, mais elle attribuait tout cela à la tumeur. Après cinq semaines, il restait à cicatriser une surface de la grandeur d'une pièce de cinq francs. La malade retourna à la campagne. Nous l'avons perdue de vue, mais

nous avons appris naguère que les douleurs du dos, des reins, du ventre, laissaient peu de repos à la malade, et que le dépérissement faisait des progrès.

Dans des cas de l'espèce, on se demande tout naturellement s'il ne serait pas préférable de renoncer à toute opération. Évidemment, si la dyscrasie était établie; mais, au moment où nous avons décidé d'opérer, elle ne l'était pas, et les renseignements incomplets que la patiente nous a fournis ne pouvaient nous en faire soupçonner l'imminence. Du reste, l'opération a marché régulièrement; elle n'a donné lieu à aucun accident, et nul ne peut prétendre qu'elle ait eu une influence quelconque sur le développement des métastases. Toutefois, dans les cas de l'espèce, on ferait peut-être mieux de s'abstenir.

10e Observation. — Sœur noire, 65 ans, constitution détériorée, grande maigreur, anémie très-prononcée, œdème. *Cancroïde végétant* énorme des ailes du nez, remontant au niveau des yeux, descendant au-devant de la bouche, recouvrant la moitié des joues; ichor fétide abondant, hémorrhagies trois ou quatre fois par jour, épuisement; on attendait très-prochainement l'issue fatale. La végétation descendant au-devant des lèvres, la malade ne pouvait guère incorporer que des liquides.

Il y a plus de vingt ans que cette maladie a débuté; pendant ce laps de temps, deux opérations ont été pratiquées; la néoplasie s'est reproduite. La végétation actuelle a une existence de cinq ou six années.

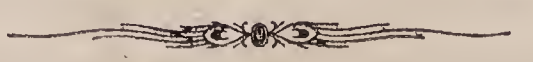
De concert avec M. le docteur Hauwaert, nous avons entrepris la destruction de ce colossal cancroïde : évidemment ici les caustiques offraient de grands avantages sur l'opération sanglante. Dès la première application, toute hémorrhagie a cessé; la sécrétion ichoreuse et, par conséquent, l'infection ont disparu. Une dizaine d'applications successives ont suffi pour enlever toute la tumeur, dont la racine ne s'étendait pas au delà des ailes du nez. Une partie des os du nez et du cartilage de la cloison ont été mis à nu; je les ai réséqués, et la cicatrisation s'est effectuée rapidement : en moins d'un mois, tout était terminé. Après les dix jours de cautérisations, l'appétit s'est rétabli, les forces sont revenues, l'anémie a fait place à une santé florissante et à un embonpoint assez prononcé. Un nez postiche remplace la perte de substance, et la pauvre sœur est contente et heureuse. Comme on le voit, les résultats de l'opération par les caustiques sont ici magnifiques; leur plus grand avantage, dans ces circonstances, c'est d'éviter toute perte de sang; c'est, en second lieu, de tarir instantanément la sécrétion ichoreuse, d'une fétidité si pénétrante, que les malheureux deviennent un objet de dégoût et de répulsion pour les personnes qui les entourent; c'est, enfin, d'être relativement peu douloureux.

Je pourrais relater ici une série d'observations de cancroïdes plus petits, opérés par les caustiques avec un plein succès, mais je crains de fatiguer votre attention et d'abuser de votre patience. Permettez-moi de dire un mot encore des caustiques arsénicaux qui sont plus particulièrement employés contre le

cancroïde. Le plus célèbre est la pâte du frère Côme modifiée par Manec, mais l'emploi de ce caustique présente des inconvénients : on ne peut l'appliquer que sur de petites surfaces ulcérées, sans s'exposer à de sérieux accidents; il faut attendre un temps très-long, douze, quinze, vingt, trente jours, la chute de l'eschare, avant de faire une seconde cautérisation, ce qui entraîne à des longueurs considérables pour arriver à un résultat que l'on peut obtenir en quelques jours par des caustiques plus efficaces qui ne présentent aucun danger; enfin, la pâte arsénicale appliquée à la face provoque souvent une inflammation violente, l'érysipèle, etc., affections qui ne sont pas toujours innocentes. Par les considérations qui précèdent, je suis d'avis que la pâte du frère Côme devrait être rejetée de la pratique, attendu qu'elle peut être très-avantageusement remplacée par des caustiques plus sûrs, moins douloureux et plus prompts dans leurs résultats.

Les observations que je viens de relater n'ont d'autre but que celui de montrer le peu de danger que présente l'emploi des caustiques, mis en regard des périls de l'opération sanglante. Quand les suites immédiates de l'opération par le bistouri emportent plus d'un quart des opérées, nous pouvons avancer que les caustiques, employés avec la prudence et les ménagements que comporte ce genre d'opérations, ne doivent, dans aucun cas, entraîner la mort comme suite immédiate. N'eussent-ils que cet avantage sur l'opération sanglante, il suffirait pour leur assurer une supériorité manifeste dans le traitement des tumeurs cancéreuses.

(Extrait du *Journal publié par la Société royale des Sciences méd. et nat. de Bruxelles.*)



NOIR ANIMAL

POUR SUCRERIES ET RAFFINERIES

ENGRAIS DULAC

VENTE SUR TITRES GARANTIS

Engrais spéciaux pour les diverses cultures.
Superphosphates, matières premières.

J. DULAC, 53, Rue du Château-d'Eau, Paris

USINE A AUBERVILLIERS (SEINE).

MAISON LOUIS FONTAINE

FONDEE EN 1832

Ateliers de construction de grosse Chaudronnerie en fer et en cuivre

A la Madeleine-lez-Lille et à Roubaix

Trois Médailles à l'Exposition de 1878.

Matériel pour Sucreries, Glucoseries, Raffineries, Distilleries, Brasseries, Savonneries, etc.

INSTALLATION DE LA DIFFUSION

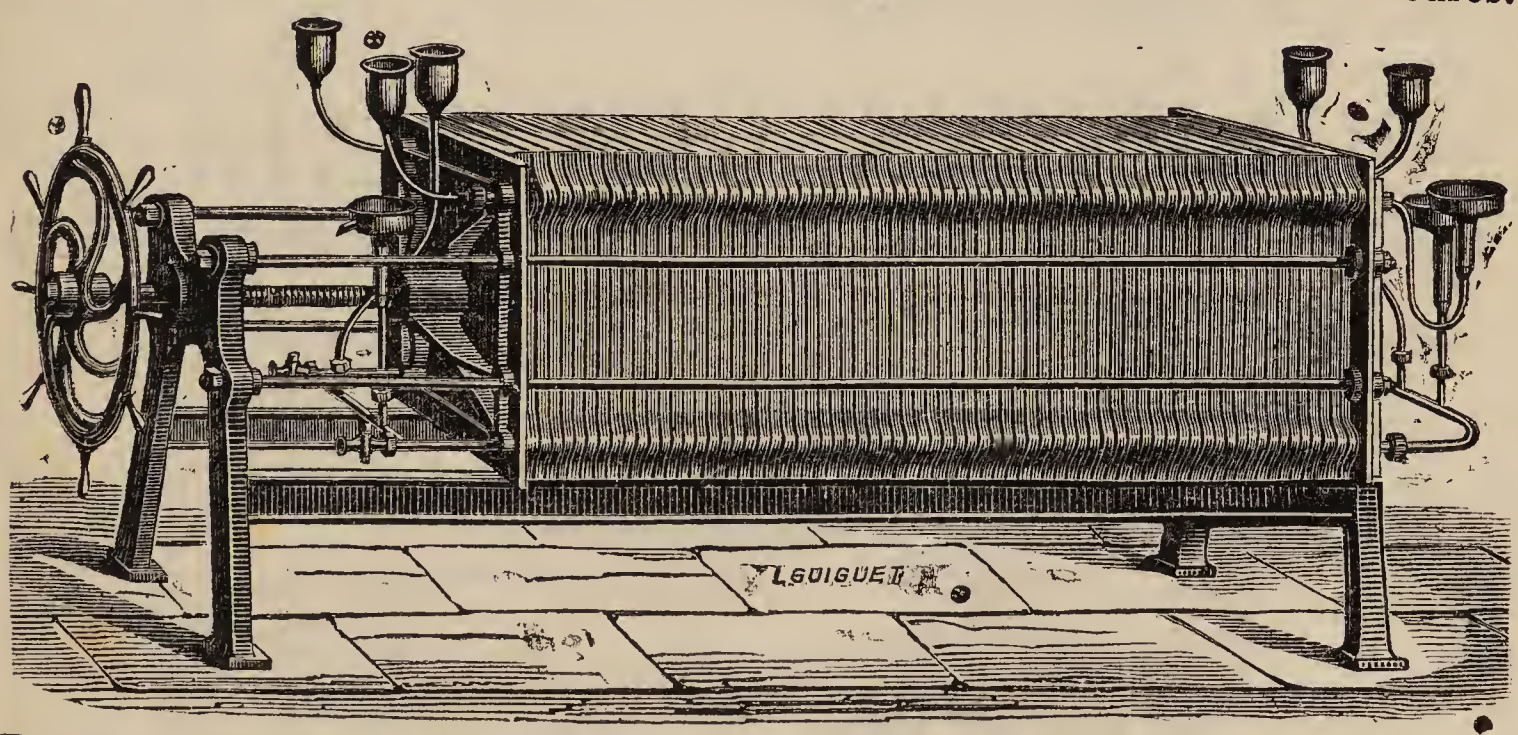
Appareils à évaporer et à cuire dans le vide. Générateurs à bouilleurs, semi-tubulaires, tubulaires, à tubes démontables, (Système Bérendorf). *Gazomètres,* ponts, charpentes en fer et autres ouvrages de grosse construction. Travaux en cuivre de tous genres. Rectificateurs perfectionnés, brevetés s. g. d. g.

On trouve toujours à l'usine des générateurs de 80, 100, 125, et 150 mètres carrés, livrables immédiatement.

OSMOGÈNE DUBRUNFAUT

A 100 CADRES PERFECTIONNÉ

Présentant une surface de papier parchemin de 44 mètres carrés pouvant osmoser dans les meilleures conditions 3,000 k. de mélasses en 24 heures.



Prix par Osmogène de 100 cadres, ancien modèle. . 1,000 fr.
— — modèle transformé. 1,500 »

Les Osmogènes à 100 cadres, anciens, ayant les fonds en fonte ou en bois peuvent subir la même transformation.

S'adresser à M. H. LEPLAY, chimiste, rue Lafayette, n° 104, à Paris, pour l'envoi des échantillons, les analyses et les renseignements techniques, et à MM. SERAPHIN FRÈRES, constructeurs, faubourg Saint-Martin n° 172, Paris, pour les commandes et les expéditions.